

PETUNJUK TEKNIS



PROGRAM PALIATIF KANKER ANAK



616.994
Ind
p

Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat
Jenderal Pengendalian Penyakit dan
Penyehatan Lingkungan

Petunjuk teknis program paliatif kanker anak.— Jakarta :
Kementerian Kesehatan RI. 2015

ISBN 978-602-235-881-7

1. Judul I. NEOPLASMS
II. PALLIATIVE – CARE III. PALLIATIVE MEDICINE
IV. PEDIATRICS

SAMBUTAN DIREKTUR JENDERAL PP dan PL

Puji dan syukur kepada Allah SWT atas bimbingan, petunjuk, dan kekuatan-Nya kepada kami, sehingga selesailah buku Petunjuk Teknis (Juknis) ini. Buku ini disusun berdasarkan kenyataan bahwa masih banyak kasus kanker pada anak stadium lanjut mengalami gejala yang berat dan menimbulkan penderitaan yang belum tertangani sebagaimana seharusnya yang menyebabkan pasien memiliki kualitas hidup yang tidak optimal dan keluarga mengalami banyak kesulitan yang diakibatkannya. Diagnosis terminal tidak ditegakkan secara konsisten. Tindakan yang seharusnya tidak perlu lagi diberikan atau dilanjutkan masih juga dilakukan di rumah sakit sehingga menyebabkan beban ekonomi mikro dan makro semakin meningkat.

Mengintegrasikan program paliatif kanker sejak diagnosis dapat mendukung anak dengan kanker dan keluarganya melalui periode sulit dan merencanakan serta mempersiapkan perawatan berkelanjutan yang efektif dan efisien. Hal ini tentunya dapat meningkatkan kualitas hidup dan kualitas kematian anak dengan kanker.

Pada kesempatan ini kami mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada profesi dan Unit Kerja Koordinasi Hematologi – Onkologi Ikatan Dokter Anak Indonesia yang telah berperan dalam memberikan masukan guna penyusunan Juknis ini. Semoga segala upaya yang telah dilakukan ini bermanfaat bagi peningkatan kualitas program paliatif kanker anak di Indonesia.

Jakarta, Mei 2013

Direktur Jenderal PP dan PL



Prof. Dr. dr. Tjandra Yoga Aditama

NIP 19550903198012100



KATA PENGANTAR

Kebutuhan akan perawatan paliatif tidak dapat dihindari sehubungan dengan makin meningkatnya jumlah pasien kanker anak. Program paliatif sebagai bagian dari Sistem Kesehatan Nasional perlu dikembangkan sehingga menjadi bagian dari tata laksana penyakit kanker di Indonesia.

Program paliatif hingga kini terus menunjukkan perkembangannya di Indonesia. Guna membantu petugas kesehatan mengerti akan filosofi paliatif kanker anak dan dapat melaksanakannya, diperlukan petunjuk teknis yang sekiranya mudah untuk dipahami dalam pekerjaan sehari-hari.

Semoga petunjuk teknis ini dapat bermanfaat bagi petugas kesehatan yang bekerja di bidang kanker anak dan tentunya bagi pasien berikut keluarga yang membutuhkannya.

Jakarta, Mei 2013

Direktur Pengendalian Penyakit Tidak Menular



Dr. Ekowati Rahajeng, SKM, M.Kes
NIP. 196006101982022001



DAFTAR ISI

	Halaman
SAMBUTAN	i
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Karakteristik Program Paliatif Kanker Anak	2
BAB II TATA LAKSANA PALIATIF KANKER ANAK	5
1. Komunikasi dan Aspek Non Medis.....	5
A. Komunikasi dan Pembuatan Keputusan pada.....	5
anak dan orang tua	
B. Kualitas Hidup pada Anak	8
C. Aspek Psikososial, Spiritual dan Kultural	10
pada Anak	
2. Tata Laksana Gejala.....	13
A. Nyeri.....	13
B. Gangguan Sistem Pencernaan	30
C. Gangguan Sistem Pernapasan.....	32
D. Fatigue/Kelelahan	33
E. Gangguan Kulit.....	34
F. Gangguan Hematologi.....	38
G. Gangguan Sistem Saraf.....	38
H. Gangguan Psikiatri.....	39

III. Tata Laksana Nutrisi	40
IV. Tata Laksana Akhir Kehidupan	42
A. Persiapan Menjelang Akhir Kehidupan	42
B. Perawatan Terminal pada Anak	42
C. Perawatan pada Saat Pasien Meninggal.....	43
D. Perawatan Setelah Pasien Meninggal.....	43
 BAB III PENUTUP	 47
 Daftar Pustaka	 49
Tim Penyusun	51



BAB I

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Kanker merupakan penyebab kematian tertinggi di negara maju dan kejadian kanker pada anak berkisar antara 2–3% dari kanker secara keseluruhan. Di negara berkembang, kanker belum merupakan prioritas masalah kesehatan masyarakat disamping fasilitas untuk menegakkan diagnosis dan terapi juga belum optimal tersedia.

Menurut Globocan 2008, diperkirakan terdapat 175.300 kasus baru kanker anak usia 0-14 tahun. Angka kejadian kanker anak lebih tinggi di negara maju dibandingkan dengan negara berkembang. Kondisi ini disebabkan akibat banyaknya kasus kanker pada anak yang tidak dilaporkan serta tertutup oleh kasus-kasus, seperti infeksi dan malnutrisi. Delapan puluh persen kanker pada anak terjadi di negara berkembang dengan kasus tertinggi adalah leukemia. Masih dari sumber yang sama, sekitar 96.400 anak meninggal karena kanker di seluruh dunia. Hal ini disebabkan karena masih banyak anak dengan kanker yang ditemukan sudah stadium lanjut.

Pada umumnya, penanganan kanker di Indonesia masih tertuju pada upaya kuratif sampai menjelang akhir kehidupan. Oleh karena itu, perlu disosialisasikan kepada seluruh tenaga kesehatan yang terkait dengan kasus kanker anak tentang perlunya program paliatif kanker anak. Perlu diketahui bahwa prinsip penanggulangan kanker anak saat ini harus mengintegrasikan upaya kuratif dan paliatif.

Pada buku Petunjuk Teknis (Juknis) ini, batasan usia anak adalah setiap orang yang berusia hingga 18 tahun (Konvensi Hak-hak Anak yang disetujui oleh Majelis Umum Per-serikatan Bangsa-Bangsa pada tanggal 20 Nopember 1990, Bagian 1 Pasal 1 dan Undang-undang No. 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak Pasal 1 Ayat 1). Petunjuk Teknis ini diharapkan mampu memberikan pengertian tentang prinsip tata laksana kanker anak secara

komprehensif, khususnya program paliatif kanker anak.

2. Karakteristik Program Paliatif Kanker Anak

Program Paliatif Kanker Anak berbeda dengan dewasa. Beberapa hal yang membedakannya, antara lain:

A. Faktor Tumbuh Kembang

Tumbuh kembang anak merupakan faktor penting dalam pelaksanaan program paliatif kanker anak. Perawatan dan perlindungan anak sepenuhnya tergantung pada orangtua sebagai pengambil keputusan. Ketika anak tersebut tumbuh dan berkembang, kemampuan untuk mengurus diri sendiri dan mengambil keputusan semakin bertambah dan seringkali menyulitkan orangtua dan orang lain yang turut memberikan perawatan.

Terdapat hubungan timbal balik antara perkembangan anak dan penyakit kankernya yang tentunya akan merubah cara pandang anak tersebut untuk menerima penyakitnya. Tingkat perkembangan anak akan berpengaruh pada semua aspek paliatif, yang meliputi:

1. Komunikasi dalam hal harapan, ketakutan, dan kondisi yang dialami.
2. Pengertian tentang penyakit dan kematian.
3. Penilaian masalah dan cara mengatasinya.
4. Pengambilan keputusan.
5. Pentingnya belajar dan bermain.
6. Pentingnya taman bermain dan sekolah.

B. Pendekatan Waktu Konsultasi

Tingkat perkembangan dan kemampuan kognitif sangat bervariasi dan tidak selalu sesuai dengan usia anak. Oleh karena itu, dibutuhkan komunikasi yang baik dan fleksibel, yang disesuaikan dengan kondisi masing-masing anak dan orangtua.

C. Fisiologi dan Farmakologi

Kondisi fisiologi dan farmakologi berubah seiring dengan tumbuh kembang anak. Waktu paruh obat pada anak dapat lebih panjang daripada orang dewasa karena anak memiliki kemampuan absorpsi obat yang relatif tinggi dan ekskresi yang lebih rendah daripada orang dewasa.

D. Fungsi Keluarga

Orangtua mempunyai tanggung jawab untuk merawat dan melindungi anaknya. Jika terjadi penyakit yang mengancam keselamatan anaknya, maka orangtua akan merasa bersalah, kecewa, marah, dan berusaha mencari upaya pengobatan yang maksimal, sekalipun mungkin dapat mengakibatkan anaknya lebih menderita. Pada saat seperti inilah biasanya dokter dan perawat mengalami kesulitan untuk membicarakan dengan jujur mengenai apa yang sedang terjadi pada anak tersebut.

Meskipun sulit, namun harus tetap diupayakan suatu komunikasi yang efektif dengan dasar empati, khususnya bila keadaan anak telah menuju pada akhir kehidupan. Kakak dan atau adik perlu mendapat perhatian juga karena sebenarnya mereka juga bersedih, namun tidak dapat berbagi kesedihan tersebut dengan orangtua mereka. Hal ini dapat berakibat negatif terhadap perkembangannya, misalnya kegagalan sekolah dan masalah perilaku. (jika tidak mendapat penanganan yang adekuat)

E. Sekolah, Belajar, dan Bermain.

Sekolah, belajar, dan bermain merupakan hak setiap anak. Kegiatan ini merupakan bagian dari kehidupan sehari-hari seorang anak. Jika terputus, anak akan merasa terisolasi. Kondisi ini dapat diatasi dengan cara anak harus tetap dapat bermain, mengikuti kegiatan belajar mengajar, dan kehidupan mereka menyenangkan sesuai dengan usianya.



BAB II

TATA LAKSANA PALIATIF KANKER ANAK

I. Komunikasi dan Aspek Non Medis

A. Komunikasi dan Pembuatan Keputusan pada Anak dan Orangtua

Komunikasi sangat penting dan menyangkut semua aspek yang meliputi pemahaman anak akan penyakitnya, prognosis, serta perasaan anak dan keluarga. Prinsip penting dari komunikasi yang baik adalah memberikan informasi dan bersikap empati kepada anak dan keluarga.

Faktor-faktor yang mempersulit komunikasi, yaitu:

1. Adanya kesalahpahaman.
2. Mekanisme koping emosi (kemampuan mengatasi emosi), yang tidak terjadi sesuai dengan yang seharusnya terjadi.
3. Adanya perbedaan antara informasi yang diberikan dengan yang diterima.
4. Kesulitan dalam mengingat informasi.

Orangtua sering mengalami kesulitan dalam membicarakan keadaan penyakit dengan anaknya, khususnya mengenai kematian. Anak diberikan informasi tentang penyakitnya tentunya dengan mempertimbangkan usia. Anak dengan kanker umumnya dapat memahami kondisi penyakitnya. Mereka mampu menerima informasi jauh lebih baik dari apa yang diperkirakan orangtua.

Berkaitan dengan hal tersebut, maka anak harus diberikan kesempatan untuk mendapatkan informasi, tentang:

1. Kondisi yang sebenarnya.
 2. Kemungkinan yang akan terjadi.
- A. Bagaimana mengungkapkan perasaannya mengenai apa yang mereka khawatirkan.
- 1) Pilihan perawatan berikut cara memperoleh bantuan untuk memutuskannya.

Komunikasi disesuaikan usia anak:

1. Bayi - 3 tahun
 - a) Tidak mengetahui konsep kematian.
 - b) Bisa merasakan apa yang terjadi.
 - c) Komunikasi lebih diarahkan pada sentuhan.
2. Usia > 3-6 tahun
 - a) Tidak mengetahui konsep kematian.
 - b) Kematian adalah sesuatu yang bisa kembali (contoh: ibu meninggal, tetapi anak beranggapan bahwa ibunya sedang pergi dan akan kembali lagi).
 - c) Perilaku dapat berubah-ubah (normal karena hal ini memang merupakan mekanisme yang kerap dijumpai pada anak).
3. Usia > 6-9 tahun
 - a) Mulai mengenal konsep bahwa kematian adalah sesuatu yang bisa kembali.
 - b) Kematian adalah sesuatu yang bisa menular.
 - c) Merasa terpisah dengan teman-teman sekolah.
 - d) Cara yang baik menerangkan tentang kematian adalah dengan memberikan gambaran mengenai hal-hal yang indah.
 - e) Kematian adalah sesuatu yang berhubungan dengan hal-hal yang menakutkan.
4. Usia > 9-13 tahun
 - a) Secara emosi/kognitif, kematian adalah akhir kehidupan.
 - b) Sangat sensitif sekali.
 - c) Hubungan teman sekolah menjadi penting.
5. Usia > 13-18 tahun
 - a) Sibuk dengan citra diri.
 - b) Otonomi pada pengenalan diri.
 - c) Menerima pesan yang kadang bertentangan:
 - Diharapkan untuk berperilaku seperti orang dewasa, namun kadang-kadang masih diperlakukan seperti anak-anak.

- 1) Dapat memahami apa yang terjadi, namun kemampuannya masih kurang untuk dapat mengatasi emosinya.

Menjelang akhir kehidupan, biasanya anak akan mengungkapkan perasaan dan emosinya, seperti:

- a) Rasa marah kepada penyakitnya dan bertanya pada Tuhan mengapa harus dia yang mengalami penyakit ini.
- b) Rasa kecewa kepada orangtua karena mereka dianggap tidak dapat menghilangkan penyakitnya.
- c) Rasa takut akan kehilangan fungsi tubuh, seperti berjalan dan bermain.
- d) Rasa bersalah karena kondisinya membuat seluruh anggota keluarga bersedih.
- e) Rasa malu atas kondisi fisiknya.
- f) Rasa takut akan munculnya rasa nyeri.

Saran bagi orangtua ketika harus menghadapi anak yang mengungkapkan perasaan dan emosinya seperti tersebut diatas:

1. Jujur kepada anak.
2. Luangkan waktu untuk senantiasa bersama anak.
3. Persiapkan diri untuk dapat menerima perasaan dan emosi anak.
4. Upayakan kualitas hidup anak yang baik.
5. Bantu anak untuk menjaga harapannya. Tentunya bukan harapan untuk kesembuhan, namun harapan akan kualitas hidup dan kualitas kematian yang baik.
6. Pertahankan kebiasaan keluarga atau menjelaskan kepada anak apabila kebiasaan itu harus berubah, seperti misalnya kebiasaan menonton televisi bersama atau makan malam bersama di meja makan.
7. Hormati hal-hal yang sifatnya pribadi, seperti misalnya menghormati seorang anak remaja yang sudah memiliki pacar atau teman dekat.

B. Kualitas Hidup Anak

Kualitas hidup anak dapat dinilai dengan menggunakan Daftar Tilik Gejala Pediatrik (DTGP). Alat ini dirancang untuk menilai kognitif, emosi serta masalah perilaku anak. Setelah daftar titik diisi dan tercatat dijumpai ada masalah, diharapkan anak dapat segera diintervensi secara tepat dan sedini mungkin. Terdapat dua macam DTGP, yaitu:

- A. Daftar Tilik Gejala Pediatrik yang untuk orangtua (jika anak yang hendak diperiksa berusia <11 tahun).
- B. Daftar Tilik Gejala Pediatrik yang untuk anak (jika anak yang hendak diperiksa berusia ≥ 11 tahun).



DAFTAR TILIK GEJALA PEDIATRIK

NILAI VARIABEL PENILAIAN		Tidak Pernah	Kadang-kadang	Sering
		0	1	2
1	Mengeluh kesakitan			
2	Menghabiskan lebih banyak waktu sendiri			
3	Mudah lelah, kurang bertenaga			
4	Gelisah, tidak dapat duduk tenang			
5	Bermasalah dengan guru			
1)	Kurang tertarik untuk pergi ke sekolah			
7	Bergerakseolah-olahdidorongoleh sesuatu dari dalam			
A.	Terlalu banyak melamun			
9	Mudah terbagi perhatiannya			
1)	Takut terhadap suasana baru			
2)	Merasa sedih, tidak bahagia			
3)	Mudah tersinggung, marah			
4)	Mudah putus asa			
14	Sulit berkonsentrasi			
15	Kurang tertarik untuk bergaul dengan teman-temannya 16 Sering berkeahi dengan- teman-temannya 17 Bolos sekolah			
18	Nilai pelajaran sekolah menurun			
19	Tenggelam dalam pikirannya sendiri			
20	Mengunjungi dokter, namun dokter tidak menemukan suatu kelainan			
1)	Memiliki masalah tidur			
2)	Banyak kekhawatiran			
23	Ingin selalu bersama dengan orang lain, lebih dari sebelumnya			
24	Merasa dirinya buruk rupa			
25	Mengambil risiko yang tidak ada gunanya			
26	Sering terluka			
27	Terlihat kurang menyenangkan			
28	Bertindak kekanak-kanakan, tidak sesuai dengan usianya			
29	Tidak pernah mau mengikuti aturan			
30	Tidak dapat memperlihatkan perasaannya sendiri			
1)	Tidak mau mengerti akan perasaan orang lain			
2)	Suka mengganggu orang lain			
33	Menyalahkan orang lain untuk masalah yang dibuatnya sendiri			
34	Mengambil sesuatu yang bukan miliknya			
35	Menolak untuk berbagi			
	Total			

Dimodifikasi dari Bright Futures Tool for Professionals

(www.brightfutures.org)

Keterangan tabel :

Hasil yang mengindikasikan bahwa anak mengalami gangguan psikologis, adalah:

- 1) Anak usia 4 – 5 tahun, nilai ≥ 24
- 2) Anak usia 6 – 16 tahun, nilai ≥ 28
- 3) Anak usia 11 tahun keatas yang mengisi sendiri, nilai ≥ 30

Variabel yang tidak diisi dapat diabaikan atau dianggap nilainya nol. Namun bila ada 4 atau lebih variabel yang kosong, maka pengisian daftar tilik ini dianggap tidak sah. Jika dijumpai hasil yang menunjukkan bahwa kualitas hidup anak terganggu, khususnya dari sudut pandang psikologi, maka tim paliatif kanker anak harus mencari penyebabnya dan berusaha untuk mengatasi permasalahan yang ada agar tercapai kualitas hidup anak yang optimal.

C. Aspek Psikososial, Spiritual dan Kultural pada Anak

Mengetahui bahwa seorang anak didiagnosis kanker merupakan suatu faktor pencetus stres yang berat bagi anak itu sendiri dan keluarganya. Kemampuan untuk menerima keadaan tersebut sangat tergantung pada lingkungan dan orangtua. Pada anak yang masih kecil, orangtua sangat berperan dalam membantu anak untuk menerima kondisinya. Setiap fase pengobatan mempunyai karakteristiknya masing-masing yang menimbulkan suatu reaksi pada orangtua maupun anak itu sendiri.

Perawatan dibidang spiritual merupakan komponen penting dalam perawatan anak dengan kanker. Oleh karena itu, pelaksana-pelayanan kesehatan (pelaku rawat) sebaiknya segera mengetahui atau mengenal kepercayaan spiritual dari keluarga sesaat setelah ditegakkan-nya diagnosis.

1) FASE AKUT a.

Stress Awal

- 1) Anak mengalami fase ketakutan dan kesakitan.
- 2) Dapat menerima kenyataan bila anak diberitahu

diagnosis penyakitnya dan dipersiapkan untuk menjala-ni proses pengobatannya.

- 3) Timbul rasa khawatir akan kematian.
- 4) Orangtua menyalahkan dirinya sendiri karena kondisi yang dihadapi anaknya tersebut.
- 5) Diperlukan waktu bagi orangtua, saudara kandung, dan kakek/nenek untuk menerima kondisi yang buruk dari seorang anak yang terkena kanker.

A. Stress Kedua

Prosedur tindakan dari proses pengobatan berikut efek sampingnya menimbulkan kekhawatiran tersendiri bagi orangtua.

1) Stress Ketiga

- 1) Orangtua yang harus menyampaikan informasi tentang kondisi anaknya kepada komunitas disekitarnya (saudara, keluarga besar, sekolah, dan lingkungan tempat kerja orangtua).
- 2) Unsur-unsur diatas sangatlah penting mengingat pengo-batan kanker merupakan pengobatan yang memerlu-kan waktu yang cukup panjang.
- 3) Hal ini terkait juga dengan masalah suku, bahasa, dan kebudayaan yang seringkali bisa menjadi hambatan dalam berkomunikasi.

A. MASA PENGOBATAN

Pengobatan kanker memiliki banyak efek samping yang tidak menyenangkan, diantaranya adalah perubahan secara fisik, misalnya rambut rontok, penurunan/peningkatan berat badan, dan timbulnya *striae* (garis-garis berwarna hitam/putih pada kulit). Oleh karena itu, diperlukan dukungan psikososial untuk anak maupun orangtua agar mereka dapat menerima kondisi tersebut.

3. PASCA PENGOBATAN

- a. Seorang anak pada fase ini akan mengalami penurunan kondisi secara umum dan fatigue (kelelahan) yang berkelanjutan. Walaupun demikian, mereka diharapkan harus tetap menjalankan aktifitas sehari-hari, seperti bersekolah.
- b. Anak yang lebih besar sering kali memerlukan konseling yang bersifat pribadi untuk menghadapi masalahnya dan kembali menjalani kehidupan normalnya.
- c. Tahap ini orangtua dapat mengalami stress ketika mendapat penjelasan mengenai kemungkinan terjadinya kekambuhan dan efek samping jangka panjang.
- d. Orangtua mulai kembali memikirkan kepentingan dirinya sendiri, meskipun tetap harus memperhatikan dan waspada terhadap tanda-tanda kekambuhan akan penyakit anaknya.

4. MASA AKHIR KEHIDUPAN

Meskipun angka harapan hidup meningkat dan upaya pengobatan semakin membaik, namun tidak dapat dipungkiri bahwa masih ada sebagian kecil dari pasien kanker anak yang dapat mengalami kegagalan pengobatan.

- 1) Tujuan dari fase ini adalah untuk mengendalikan nyeri fisik dan psikis serta rasa tidak nyaman dengan pemberian obat-obatan, dukungan psikologis, maupun intervensi spiritual.
- 2) Dukungan psikososial harus difokuskan pada keluarga agar anak tetap dapat menjalankan aktifitasnya sehari-hari.
- 3) Mempersiapkan keluarga (orangtua dan saudara kandung) untuk menghadapi akhir kehidupan dari anak yang terkena kanker.
- 4) Saudara kandung perlu mendapatkan dukungan dari teman-temannya ketika harus menghadapi suasana berka-

bung dan diberikan pengertian agar mereka harus tetap bersekolah.

- e. Dukungan spiritual dari orangtua, keluarga terdekat, teman-teman dekat, dan pemuka agama dapat membantu pasien menghadapi akhir kehidupannya dengan bermartabat.

A. Tata Laksana Gejala

Prinsip Tata Laksana Gejala :

1. Tata laksana gejala harus direncanakan sebelumnya.
2. Dibutuhkan pendekatan yang menyeluruh, tidak hanya difokuskan pada masalah pengobatan saja.
3. Orangtua dan anak harus dipersiapkan untuk menghadapi situasi yang ada. Mereka harus tahu apa yang diharapkan, bagaimana cara menghadapinya, dan kepada siapa mereka dapat meminta bantuan.
4. Penilaian harus meliputi penggunaan instrumen distress (bila tersedia) dan gejala distress yang tidak terkontrol merupakan keadaan darurat yang harus ditangani secara agresif.

Tata laksana gejala meliputi:

- A. Penilaian terhadap gejala yang timbul.
- B. Evaluasi terhadap penyebab yang potensial dapat mengakibatkan gejala-gejala tersebut timbul kembali.
- C. Merencanakan dan memulai tata laksana gejala.
- D. Lakukan penilaian kembali setiap kali melakukan tindakan intervensi.

A. NYERI

Nyeri pada anak umumnya kurang diperhatikan dan tidak mendapat pengobatan yang adekuat. Hal ini terjadi karena kewaspadaan yang kurang dari tenaga kesehatan dan orangtua serta adanya perbedaan konsep tentang penanganan nyeri pada anak.

Jenis Nyeri :

1. Nyeri nosiseptif

- Terjadi bila ujung saraf di perifer distimulasi oleh suatu rangsangan berupa rusaknya jaringan. Peristiwa ini menghasilkan impuls saraf untuk selanjutnya diteruskan oleh neuron ke otak dan akhirnya ditafsirkan sebagai nyeri.
- Terdiri dari:
 - a. Nyeri somatik (rasa sakit yang biasanya dapat didefinisikan dengan baik dan bersifat lokal).
Contoh: nyeri yang timbul dari tulang, sendi, otot, kulit, dan jaringan ikat.
 - b. Nyeri viseral (rasa sakit yang biasanya kurang dapat dipastikan lokasinya, bahkan dapat berasal dari bagian tubuh yang jauh dari lokasi nyeri yang dirasakan).
Contoh: nyeri yang timbul dari organ-organ dalam, seperti sistem pencernaan.

2. Nyeri neuropatik

- Terjadi karena pengolahan impuls saraf yang tidak normal, yang disebabkan oleh lesi atau disfungsi sistem saraf (sistem saraf pusat dan perifer).
- Sindrom nyeri tipe kompleks :
 - a. Regional 1 dikenal sebagai distrofi refleksi simpatik, yaitu hasil dari kelainan pengolahan sensasi rasa sakit perifer tanpa cedera saraf yang jelas.
 - b. Regional 2 dikenal sebagai kausalgia, yang terjadi akibat dari kerusakan saraf perifer.
 - Berhubungan dengan kemoterapi, radiasi, dan pembedahan yang melibatkan saraf.
 - Terasa seperti ditusuk-tusuk atau seperti tersengat listrik, dan biasanya memerlukan analgetik ajuvan.

Penilaian Nyeri

Pada anak sulit dilakukan karena tergantung dari usia, fase perkembangan, dan pengalaman nyeri yang pernah dialaminya. Perubahan dari tingkah laku dan sikap juga dapat merupakan suatu tanda adanya ketidaknyamanan.

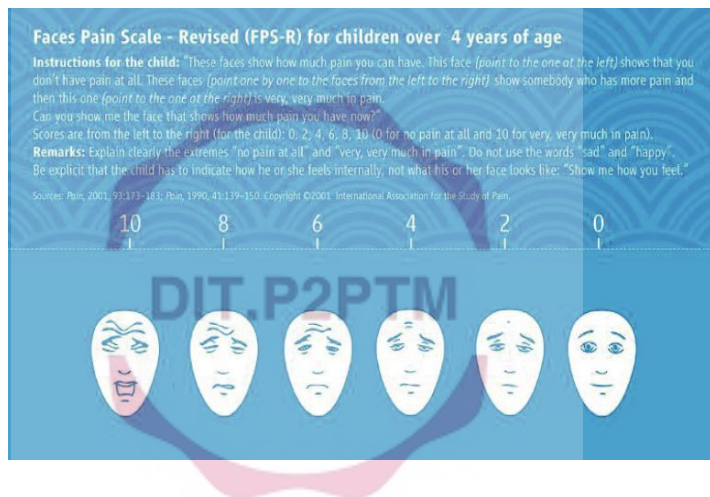
Hal yang perlu dinilai meliputi:

1. Intensitas nyeri

Pemeriksaan intensitas nyeri dapat menggunakan:

a. Skala Nyeri berdasarkan ekspresi wajah dari Wong Baker.

Intsruksi untuk anak :



Keterangan:

- 1) Nilai 0: Tidak ada/bebas nyeri.
- 2) Nilai 1-2 : Nyeri ringan (tidak bisa bercanda, serius, wajah datar, nyeri dapat diabaikan).
- 3) Nilai 3-5 : Nyeri sedang (Alis berkerut, bibir mengerucut, menahan nafas, aktivitas terganggu).
- 4) Nilai 5-7 : Nyeri sedang (hidung berkerut, mengangkat bibir bagian atas, bernafas cepat, konsentrasi terganggu).
- 5) Nilai 7-9 : Nyeri berat (mulut terbuka, *slow blink*, mengganggu kebutuhan dasar).
- 6) Nilai 10 : Nyeri hebat (mata tertutup, menangis mengerang, memerlukan tirah baring).

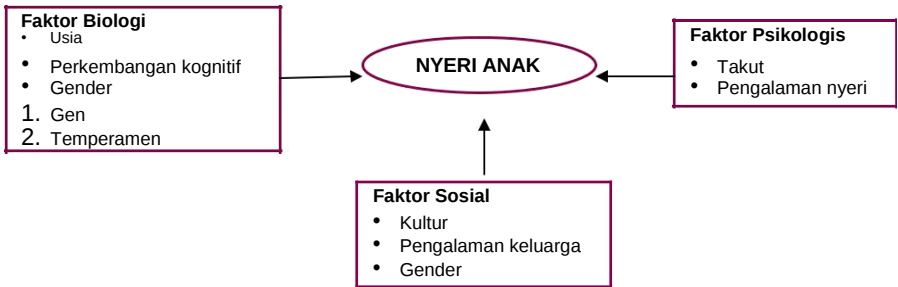
b. Skala Nyeri Numerik

1. Tanyakan intensitas nyeri dengan menggunakan angka 0 – 2 – 4 – 6 – 8 – 10.
2. 0 berarti tidak nyeri dan 10 berarti sangat nyeri.
3. Dapat dipakai untuk anak usia > 10 tahun. Bila anak berusia < 10 tahun gunakan angka 0 – 5. Bila anak berusia < 4 tahun dapat dipakai juga angka 0 – 5.
4. Berikan penjelasan bahwa dengan menyebutkan angka yang semakin besar, berarti intensitas yang terjadi juga semakin meningkat.

c. Skala FLACC

KATEGORI	NILAI		
	0	1	2
Wajah	Tidak ada ekspresi tertentu/ senyum	Sesekali meringis/ mengerutkan kening	Dagu sering bergetar, rahang terkatup
Wajah	Posisi normal/ relaksasi	Gelisah, tegang	Menendang
Aktifitas	Berbaring tenang, posisi normal, bergerak dengan mudah	Menggeliat, dapat bergerak bolak balik, tegang	Melengkung kaku atau menyentak
Menangis	Tidak menangis (baik selagi bangun maupun tidur)	Mengerang/ merintih, sesekali mengeluh	Terus-terus menangis, sering mengeluh
Consolability	Santai	Diyakinkan dengan menyentuh atau memeluk	Sulit untuk ditenangkan
Masing-masing kategori memiliki nilai 0 – 2, bila dijumlahkan akan didapatkan hasil antara 0 – 10.			

2. Lokasi nyeri.
3. Lamanya nyeri: akut/kronis/menetap, episodik, renjatan nyeri, kejadian nyeri, tindakan yang menyebabkan nyeri.
4. Kualitas nyeri: misalnya dapat digambarkan dengan kata- kata.
5. Aspek kognitif rasa nyeri: misalnya dapat dilihat dari dampak yang dirasakan dalam aktivitas sehari-hari.
6. Aspek afektif pengalaman nyeri: misalnya dapat dilihat dari pengalaman yang tidak menyenangkan.
7. Faktor- faktor yang mempengaruhi persepsi nyeri anak, seperti:



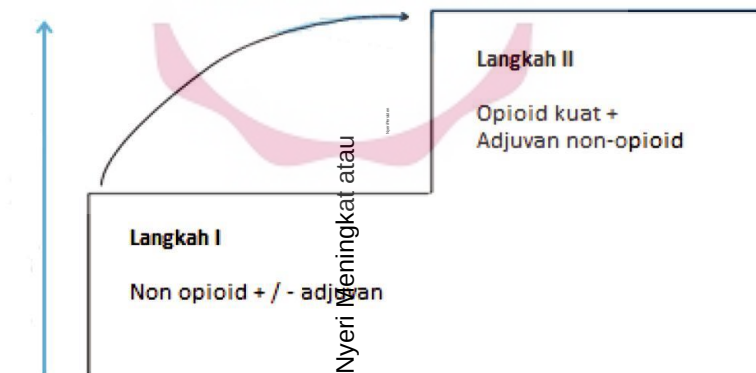
Tata laksana

a. Farmakologi

Konsep strategi (WHO 2012) :

- 1) Terdiri dari dua tahap.
- 2) Jarak pemberian obat yang teratur.
- 3) Menggunakan jalur pemberian obat yang tepat.
- 4) Pengobatan yang disesuaikan dengan kebutuhan anak.

Gambar 4. *WHO Analgesic Ladder* (Adapted from WHO 2012)



Tahap penilaian nyeri, meliputi:

- 1) Tanyakan bila ada nyeri.
- 2) Gunakan skala nyeri.



1. Perhatikan ada tidaknya perubahan terhadap perilaku dan psikologi anak.
2. Pastikan aman bagi anak.
3. Cari penyebab nyeri.
4. Lakukan tindakan dan evaluasi hasilnya.

Tahap tata laksana nyeri, meliputi :

- 1) Tanyakan keluhan nyeri secara rutin dan periksa secara sistematis.
- 2) Percaya pada keluhan anak dan orangtua.
- 3) Pilih obat pengontrol nyeri yang tepat.
- 4) Tata laksana nyeri dengan tindakan khusus (bila diperlukan).
- 5) Melibatkan anak dan keluarga.

Strategi penanganan nyeri:

Menggunakan 2 tahap, yaitu:

- 1) Tahap 1 (nyeri ringan)
 - a. Usia > 3 bulan : Pilihannya parasetamol dan ibuprofen.
 - b. Usia < 3 bulan : Pilihannya hanya Parasetamol.
Non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID) dan obat lainnya tidak direkomendasikan untuk anak.
- 2) Tahap 2 (nyeri sedang atau berat)
 - a. Pilihannya Opiat (Morfin).
 - b. Dapat langsung ke tahap 2 dengan mempertimbangkan :
 - 1) Penilaian klinis dari derajat nyeri.
 - 2) Gangguan fungsi karena nyeri.
 - 3) Penyebab nyeri.
 - 4) Prognosis yang diharapkan dan aspek-aspek lainnya.
 - 5) Dosis Opiat yang dapat dititrasi sesuai dengan kondisi nyeri masing-masing anak.
 - 6) Efek samping yang dapat terjadi.
 - 7) Dosis yang dapat diturunkan secara perlahan agar tidak terjadi *withdrawal*.

Terapi analgesik dibagi menjadi 2, yaitu:

1. Analgesik Primer:

a. Non Opiat/NSAID

Obat yang paling banyak digunakan untuk anak karena memiliki efek analgesik, antipiretik, dan anti inflamasi.

Dapat digunakan untuk nyeri ringan, contoh:

1) Parasetamol (Asetaminofen):

- Oral – dosis awal: 20 mg/kg kemudian 10-15 mg/kg tiap 6 jam (maksimal 90 mg/kg/hari).
- Rektal – mulai 30 mg/kg kemudian 20 mg/kg tiap 4-6 jam.
- Turunkan dosis dan tingkatkan jarak pemberian menjadi tiap 8 jam pada anak dengan gangguan hati dan ginjal .
- Efek samping: potensial untuk terjadinya hepatotoksik dalam pemberian jangka panjang.

2) Ibuprofen

- Oral : 5-10 mg/kg tiap 6-8 jam (maksimal 40 mg /kg/hari).
- Berikan bersamaan dengan makanan.
- Jangan berikan pada anak dengan asma, trombositopenia, ulkus peptikum, dan gangguan fungsi ginjal.
- Efek samping: sakit kepala, mengantuk, mual, muntah, dan dispepsia.

3) Ketorola

- Dosis: 0,2 mg- 0,4 mg/kg (maksimal 2 mg/kg/hari).
- Jangan diberikan pada anak dengan penyakit ulkus peptikum dan trombositopeni
- Efek samping: mengantuk, sakit kepala, euphoria.

4) Piroxicam

- Dosis: 0,2 mg- 0,5 mg/kg (maksimal 15 mg/hari)
- Jangan diberikan pada anak dengan ulkus peptikum dan trombositopenia.
- Efek samping: dispepsia, rasa tidak nyaman, mual dan muntah.

Pada anak, utamakan untuk menggunakan Parasetamol dan Ibuprofen

b. Opiat lemah

1) Tramadol

- Dosis: 1-2 mg/kg (maksimal 4008 mg/kg/hari).
- Efek samping: mual, muntah, gangguan sistem kardiovaskular dan pernafasan (efek minimal).
- Jangan diberikan pada anak dengan ulkus peptikum dan trombositopenia.

2) Kodein

- Dosis : 0,5-1 mg/kg (maksimal 60 mg/dosis/hari)
- Efek samping: sedasi, bingung, hipotensi, mual, muntah, dan konstipasi.
- Digunakan bila tidak tersedia Morfin.

3) Morfin

a) Morfin untuk bayi

JENIS OBAT	CARA PEMBERIAN	DOSIS AWAL
Morfin	Injeksi IV	25 – 50 mcg/kg setiap 6 jam
	Injeksi subkutan	25 – 50 mcg/kg setiap 6 jam
	Infus IV	Dosis awal 25 – 50 mcg/kg, dilanjutkan dengan 5 – 10 mcg/kg/jam

b) Morfin untuk anak usia 1 bulan – 1 tahun

JENIS OBAT	CARA PEMBERIAN	DOSIS AWAL
Morfin	Oral (<i>Immediate Release</i>)	80 – 200 mcg/kg tiap 4 jam
	Injeksi IV	1 – 6 bulan : 100 mcg/kg setiap 6 jam
	Injeksi subkutan	6 – 12 bulan : 100 mcg/kg setiap 4 jam (maksimal 2,5 mg/dosis)
	Infus IV	1 – 6 bulan : dosis awal IV 50 mcg/kg, selanjutnya 10 – 30 mcg/kg/jam
	Infus subkutan	1 – 3 bulan : 10 mcg/kg/jam 3 – 12 bulan : 20 mcg/kg/jam

c) Morfin untuk anak usia 1 tahun – 12 tahun

JENIS OBAT	CARA PEMBERIAN	DOSIS AWAL
Morfin	Oral (<i>Immediate Release</i>)	1 – 2 tahun : 200 – 400 mcg/kg tiap 4 jam 2 – 12 tahun : 200 – 500 mcg/kg setiap 4 jam (maksimal 5 mg)
	Oral (<i>Prolonged Release/ MST</i>)	200 – 800 mcg/kg tiap 12 jam
	Injeksi IV	1-2 tahun : 100 mcg/kg tiap 4 jam
	Injeksi subkutan	2 – 12 tahun : 100 – 200 mcg/kg setiap 4 jam (maksimal 2,5 mg)
	Infus IV	Dosis awal IV : 100 – 200 mcg/kg selanjutnya 20 – 30 mcg/kg/jam
	Infus subkutan	20 mcg/kg/jam

4) Fentanil

a) Fentanil untuk bayi

JENIS OBAT	CARA PEMBERIAN	DOSIS AWAL
Fentanil	Injeksi IV	1 mcg/kg setiap 2 – 4 jam
	Injeksi subkutan	
	Infus IV	Dosis awal : 1 – 2 mcg/kg selanjutnya 0,5 – 1 mcg/kg/jam

b) Fentanil untuk 1 bulan – 1 tahun

JENIS OBAT	CARA PEMBERIAN	DOSIS AWAL
Fentanil	Injeksi IV	1 – 2 mcg/kg setiap 2 – 4 jam
	Infus IV	Dosis awal : 1 – 2 mcg/kg selanjutnya 0,5 – 1 mcg/kg/jam

c) Fentanil untuk 1 tahun – 12 tahun

JENIS OBAT	CARA PEMBERIAN	DOSIS AWAL
Fentanil	Injeksi intravena	1 – 2 mcg/kg diulang setiap 30 – 60 menit
	Infus intravena	Dosis awal IV : 1 – 2 mcg/kg selanjutnya 1 mcg/kg/jam

- Efek samping: mulut kering, konstipasi, mengantuk, bingung, lemah, mual, muntah, anoreksia, dan berkering
- Cara pemberian:
 - Sebelum memberikan obat secara transdermal, pastikan pasien sudah mendapat analgesik terlebih dahulu.
 - Efek kerja obat transdermal timbul 12 jam setelah pemasangan.
 - Lama kerja obat adalah 72 jam (3 hari). Bila hendak diganti tempelkan obat yang baru 12 jam sebelum masa kerja obat yang lama berakhir.
 - Pilih lokasi kulit yang aman, nyaman, dan bebas dari lekukan (tepat diatas otot).

Konversi dosis opiat

1. Kodein → Morfin (Oral)

Kodein 60 mg oral = Morfin 6 mg

oral 2. Morfin (Oral) → Fentanil

Morfin Oral (mg/24 jam)	Fentanyl Patch (mcg/jam)
< 60	12.5
60 – 134	25
135 – 224	50
225 – 314	75
315 – 404	100
405 – 494	125
495 – 584	150
585 – 674	175
675 – 764	200
765 – 854	225
855 – 944	250
945 – 1034	275
1035 – 1124	300

3. Opiat (Oral) → Morfin (Injeksi)

		IM/IV/SK
Morfin	60 mg (30mg)	10 mg
Kodein	200 mg	130 mg
Fentanil	-	0.1 mg (100 mµg)

4. Injeksi → Oral (masing-masing obat)

Obat	IM	Oral
Morfin	10 mg	60 mg
Kodein	130 mg	200 mg
Metadon	10 mg	20 mg

Cara menaikkan dosis Opiat, ada 2 cara:

1. Dosis yang sudah ditentukan dinaikkan 30-50% jika nyeri tidak terkontrol Contoh: seorang anak mendapat Morfin 5 mg tiap 4 jam. Jika nyeri tidak teratasi, naikkan menjadi 6,5 mg (+30%) – 7,5 mg (+50%) tiap 4 jam.
2. Menjumlah semua dosis renjatan dalam 24 jam, kemudian bagi 6 dan tambahkan pada dosis yang telah ditentukan pada hari berikutnya yang tetap diberikan tiap 4 jam. Selain menambahkan dosis renjatan, dosis yang telah ditentukan juga dinaikkan.

Contoh: seorang anak mendapatkan morfin 5 mg tiap 4 jam dan 4 x dosis renjatan sebanyak 2,5 mg selama 24 jam.

Perhitungannya adalah sebagai berikut :

$$4 \times 2,5 \text{ mg} = 10 \text{ mg}$$

$$10 \text{ mg} / 6 = 1,67 \text{ mg}$$

$$5 \text{ mg} + 1,67 \text{ mg} = 6,67 \text{ mg} \text{ dibulatkan jadi } 7$$

mg Jadi dosis yang baru adalah 7 mg.

Jika dengan Morfin nyeri sudah teratasi, sediaan Morfin dapat diganti dengan MST yang pemberiannya setiap 12 jam.

- o Caranya: jumlah seluruh dosis Morfin dalam 24 jam kemudian bagi 2.
- o Untuk renjatan tetap dapat digunakan Morfin. Sekedar informasi bahwa Morfin baru bekerja 30 menit setelah pemberian.

Cara menurunkan dosis Opiat:

- o Jika Morfin sudah diberikan lebih dari 7 hari atau nyeri sudah teratasi, turunkan sebanyak 1/3 dosis setiap 3 hari.

Hal penting yang perlu diperhatikan dalam pemberian terapi analgesik golongan Opiat:

- 1) Terapi Opiat digunakan untuk mengatasi nyeri ringan, sedang, sampai dengan berat.
- 2) Dosis dapat diturunkan tanpa kehilangan efek analgesiknya ketika dikombinasi dengan obat Non Opiat, seperti Parasetamol dan NSAIDS.
- 3) Opiat tidak mempunyai dosis maksimal.
- 4) Opiat harus diberikan secara teratur (tidak boleh diberikan pada saat nyeri saja).
- 5) Pemberian Opiat harus disertai dengan pemberian pencahar.

Tata laksana keracunan obat golongan

Opiat: Nalokson Hidroklorid

- Konsentrasi yang dianjurkan: 1,0 mg/mL
- Cara pemberian: Dianjurkan melalui pipa Endotokeal T dan IV. Bisa melalui IM dan subkutan, namun efek obat lambat.
- Dosis: 0,1 mg/kg

Analgesik Sekunder/Adjuvan :

- Kelompok obat yang bekerja dalam berbagai cara untuk meningkatkan efek analgesik (meskipun awalnya obat-obatan ini digunakan untuk indikasi primer dan lain).
- Mengurangi efek samping dari obat analgesik primer.

1) Antidepresan, contoh amitriptilin

- Dosis oral: 0,2-0,5 mg/kg (nyeri neuropatik pathic) dan 1-5 mg/kg/hari (antidepresan).
- Umur 2-12 tahun: oral 0,2-0,5 mg/kg (maksimal 25 mg), diminum malam hari dan kalau perlu dapat dinaikkan 1 mg/kg 2 x sehari.
- Umur 12-18 tahun: oral 10-25 mg/kg, diminum malam hari dan dapat dinaikkan hingga maksimal 75 mg.
- Efek samping: mengantuk, sedasi, letargi, mulut dan mata kering, penglihatan kabur, hipotensi, dan konstipasi.
- Dianjurkan untuk diberikan pada anak besar mengingat efek samping yang ditimbulkan.

2) Antikonvulsan, contoh :

a) Gabapentin

- Dosis oral: 10mg/kg (2-6 tahun), 10mg/kg (6-12 tahun), 300mg (12-18 tahun)
- Usia 2-12 tahun: oral 10 mg/kg pada hari-1, 2x/hari hari-2, dan 3x/hari pada hari-3. Dosis pemeliharaan 10 - 20 mg/kg 3 x sehari.
- Usia 12-18 tahun: oral 300 mg pada hari-1, 2 x 300 mg pada hari-2, dan 3 x 300 mg pada hari-3. Maksimal 800 mg 3 sehari.
- Efek samping: mengantuk dan pusing.

- Jangan dihentikan seketika dan jangan diberikan pada anak dengan gangguan psikiatrik.

b) Karbamazepin

- Dosis oral: 2 mg/kg tiap 12 jam.
- Efek samping: gangguan hepar dan kulit, mengantuk, dan ataksia.
- Dosis : 5-20 mg/kg/hari dibagi 2-3 dosis.
- Naikkan secara bertahap untuk menghindari efek samping.
- Dapat berinteraksi dengan obat Anti Retral Vital dan dapat menyebabkan pansitopenia.

c) Sodium Valproat

- Dosis oral: 5-15 mg/kg tiap 8-12 jam
- Efek samping: konstipasi, mengantuk, sakit kepala, dan tenggorokan.

d) Diazepam

- Dosis oral: 2,5 mg/hari (1-5 tahun), 5 mg/hari (5-12 tahun), 10 mg/hari (12-18 tahun).
- Efek samping: pusing, mengantuk, dan letargi

3) Kortikosteroid, contoh Deksametason

- Dosis oral 1-2 mg/hari (1-5 tahun), 2-4 mg/hari (6-12 tahun), 4 mg/hari (12- 18 tahun).
- Efek samping: retensi cairan dan elektrolit, dan rentan terhadap infeksi.

4) Antiemetik, contoh Ondansentron

- Dosis: oral 2 mg (< 3 tahun), 4 mg (< 10 tahun) dan 8 mg (> 10 tahun).
- Efek samping: sakit kepala dan diare.

5) Pencabar, contoh Laksadin

- Dosis: oral 5-10 mg/kali minum, 2-3 kali pemberian/hari.

Efek samping: kram perut, mual, kehilangan cairan dan elektrolit (pemberian dalam jangka panjang).

Nyeri neuropatik

- a. Opiat + Kortikosteroid dan atau Opiat + NSAID → jika tidak berhasil, lanjut ke b.
- b. a + Antidepresan atau Anti kejang → jika tidak berhasil, lanjut ke c.
- c. a + Antidepresan dan Anti kejang → jika tidak berhasil, lanjut ke d.
- d. Ketamin (anestesi diberikan secara intravena).

2. Tata Laksana Pengobatan Non-Farmakologi

1. Mengurangi stres dan kecemasan.
2. Diperlukan kerja sama dengan orangtua dan situasi yang menyenangkan.
3. Tanpa analgesik :
 - a. *Pressure*: melakukan pemijatan (*massage*).
 - b. *Positioning*: memeluk, memegang, menggendong.
 - c. *Relaxation*: memberikan *postural drainage*, seperti tidur miring atau posisi kepala lebih direndahkan.
 - d. *Distraction*: bernyanyi, bermain, menonton televisi atau video kesukaan anak, mendengarkan musik atau jalan-jalan.
 - e. *Hypnosis/imagery*: membantu memfokuskan perhatian anak dari hal-hal yang ditakuti dan mengembangkan daya imajinasi anak dengan aman, nyaman, menarik, dan menyenangkan.

Renjatan Nyeri

Merupakan keluhan nyeri yang terjadi secara spontan, tidak terduga, dan timbul sebelum jadwal dosis morfin berikut-nya. Biasanya memiliki serangan yang cepat dan durasi pendek yang apabila terjadi secara berulang akan menimbulkan gangguan terhadap kualitas hidup anak. Prevalensi nyeri pada pasien kanker meningkat sesuai dengan stadium penyakitnya, yaitu 30- 40% pada stadium awal dan 70-90% pada stadium lanjut.

Dosis renjatan adalah 50-100% dari dosis yang telah ditentukan. Jangan lupa untuk memberikan pencahar pada anak yang mendapat Opiat untuk mencegah konstipasi.

1. Karakteristik

- Renjatan nyeri berhubungan dengan lokasi, tingkat keparahan, pemakaian analgesik yang teratur, patofisiologi, penyebab, dan apakah anak sudah dinyatakan paliatif. Frekuensi nyeri pada setiap anak sangat bervariasi, nyeri bisa mencapai 3-4 kali/hari.
- Anak dengan renjatan nyeri sering kurang puas dengan obat analgesik yang diberikan sehingga mereka mengalami penurunan fungsi dan pengalaman psikososial yang kurang menyenangkan seperti rasa cemas dan depresi.
- Renjatan nyeri menandakan buruknya prognosis penyakit sehingga dibutuhkan pemantauan yang lebih ketat.

2. Tata Laksana Renjatan Nyeri

Tujuan dari tata laksana renjatan nyeri adalah untuk mengurangi intensitas keparahan dan efek dari setiap episode nyeri. Keberhasilan penanganan nyeri dapat dicapai dengan adanya penilaian secara menyeluruh terhadap timbulnya nyeri dan penilaian secara berulang dengan menggunakan komunikasi yang baik serta mengupayakan anak untuk ikut berpartisipasi.

Cara pemberian terapi renjatan nyeri:

- a. Pastikan nyeri yang timbul bukan nyeri psikis.
 - b. Berikan obat sebesar dosis awal, misalnya anak mendapat 10 mg setiap sekali pemberian, maka dosis untuk renjatan nyeri juga sebanyak 10 mg.
 - c. Tetap berikan obat analgesik sesuai jadwal, dengan dosis obat yang telah ditetapkan.
 - d. Pantau timbulnya renjatan dalam 1 hari untuk menentukan apakah diperlukan perubahan dosis analgesik pada hari selanjutnya.
3. Peran Rehabilitasi Medik secara non Farmakologis untuk mengatasi nyeri pada anak yang terkena kanker hanya sama dengan apa yang telah tertulis sebelumnya di atas ditabung mrtode pemberian TENS/ *interferensial* , *superfi-cial heating*, *breathing exercise*, *muscle and joint exercise*, dan pada kasus metastase di tulang belakang, diberikan *spinal ortose*.

DIT.P2PTM

B. Gangguan Sistem Pencernaan

1) Masalah oral

Sering muncul beberapa permasalahan, seperti hilangnya selera makan, kebersihan mulut yang tidak terjaga, timbul perdarahan mukosa, dan *xerostomia* atau mulut kering. Hal-hal di atas dapat ditangani dengan memberikan jus dingin atau menghisap es batu. Hilangnya selera makan hampir terjadi pada semua anak pada terkena kanker. Pada umumnya anak tidak merasa terganggu, tidak merasa lapar atau tidak nafsu makan, tetapi hal tersebut dapat menyebabkan rasa cemas orangtua atau yang merawat. Hilangnya selera makan disebabkan beberapa hal, seperti nyeri, mual, muntah sembelit, jamur pada mulut, depresi, dan hilangnya rasa mengecap.

Saran untuk orangtua bila hal ini terjadi:

- a) Siapkan makanan yang disukai atau diminta anak.
- b) Gunakan piring kecil dengan porsi sedikit.
- c) Siapkan dan sajikan makanan saat anak minta makan.
- d) Berikan makanan dengan potongan kecil dan tidak keras, misalnya puding atau jus.
- e) Berikan makanan secara perlahan untuk menghindari risiko tersedak.
- f) Gunakan botol dengan dot atau sedotan jika pada anak dijumpai kesulitan menelan.
- g) Jaga kebersihan mulut sebelum dan sesudah makan.
- h) Jangan pernah memaksa untuk memberikan makanan atau minuman jika anak tidak menginginkannya, karena hal ini dapat menyebabkan stres pada anak dan orangtuanya.

2) Mual dan muntah

Umumnya berhubungan dengan pemberian Opiat. Penyebab lainnya adalah karena inflamasi saluran cerna atas, tekanan intrakranial meningkat, gangguan metabolik, konstipasi, dan infeksi.

Obat yang dapat diberikan:

- Mual, muntah: Ondansentron, Metoklorpromid.
- Gastritis: Ranitidin.
- Gangguan pengosongan lambung: Metoklorpromid atau Domperidon.
- Tekanan intrakranial meningkat: Kortikosteroid.
- Hindari pemberian Metoklorpromid bila terdapat obstruksi usus.

3) Konstipasi

Umumnya disebabkan karena efek samping pemberian Opiat. Penyebab lainnya adalah karena gangguan elektrolit, mobilitas dan makanan oral serta serat yang kurang. Pemberian pencahar harus dipilih sesuai dengan cara kerjanya.

Terdapat 3 jenis tipe pencahar, yaitu:

- a) Lubrikan/pelunak feses (Laktulose, Dokusate Sodium).
- b) Stimulan (Senna, Sodium Pikosulfat, Bisakodyl).
- c) Osmotik (Makrogols).

Pemakaian rektal enema (Fosfat Enema) dan supositoria (*Gliserin Supositoria*) boleh dicoba bila pencahar oral tidak efektif. Hati-hati pada pasien dengan neutropeni. Tata laksana non-farmakologis dapat dicoba dengan melakukan *bowel training*

4) Diare

Tergantung dari penyebabnya. Dapat diberikan Loperamid 0,05 - 0,1 mg/kg (maksimal 2 mg). Morfin oral atau subkutan dapat juga mengurangi diare.

5) Disfagia

Peran rehabilitasi medik pada kasus disfagia sangat spesifik dan harus dilakukan dengan baik dan benar oleh dokter rehabilitasi medik dan oleh terapis (*speech pathologist*) yang terlatih.

C. Gangguan Sistem Pernapasan

1) Sesak nafas

Dapat disebabkan karena intra paru atau ekstra paru dan penanganannya tergantung penyebabnya.

a) Perawatan suportif

- Perbaiki posisi pasien, perbaiki sirkulasi dan ventilasi ruangan, relaksasi, atur pernafasan, tenang dan jangan panik.
- Diazepam dosis rendah 0,04-0,2 mg/kg setiap 8 jam untuk mengurangi kecemasan.
- Oksigen 2L /menit

b) Bronkodilator

Bila ada bronkospasme dan ada riwayat asma, boleh diberikan bronkodilator dan kortikosteroid. Kortikosteroid juga dapat mengurangi kompresi bronkus.

c) Opiat

Dapat mengurangi sesak nafas dengan cara mengurangi respon ventilasi terhadap hiperkapnea dan hipoksia.

2) Sekresi berlebihan

Antikolinergik (*Hidrobromid Hiosin*) 0,2-0,4 mg subkutan setiap 4 jam.

3) Pernafasan *Cheyne-Stokes*

Ini biasanya terjadi pada fase terminal, bagian dari fase menuju kematian.

D. Fatigue

Fatigue adalah gejala yang banyak dijumpai pada anak yang dengan kanker anak fase terminal. Fatigue pada keadaan ini berbeda dengan fatigue yang terjadi pada umumnya. Gejalanya dapat berupa kelelahan, tidak ada keinginan untuk melakukan aktivitas, dan tidak dapat diatasi dengan istirahat. Penting untuk mencari penyebabnya, seperti anemia, infeksi, gangguan pernapasan, malnutrisi, dan lain-lain, termasuk gejala psikologis, seperti depresi dan ansietas. Metilfenidat atau Dekstroamfetamin direkomendasikan untuk mengatasi fatigue yang simptomatik. Fisioterapi dan olah raga ringan juga efektif untuk mengatasi fatigue pada anak, bahkan pada anak yang menjelang kematiannya.

Peran rehabilitasi medik pada kasus konstipasi adalah dengan menganjurkan *bowel training*. Sementara pada gangguan buang air kecil dengan menggunakan *bladder training* (tidak diperlukan pemasangan kateter). Peran rehabilitasi medik pada kasus fatigue adalah dengan menganjurkan relaksasi dan latihan ketahanan.

E. Gangguan Kulit

1) Pruritus

Penanganan:

- a) Cari kemungkinan penyebab terjadinya gatal.
- b) Berikan rehidrasi sederhana pada kulit, misalnya dengan mengoleskan lotion atau minyak kelapa.
- c) Gunting kuku anak atau bila perlu berikan sarung tangan.
- d) Mengurangi gatal dengan tindakan distraksi dan relaksasi.
- e) Anjurkan anak menggunakan pakaian yang tidak ketat dan berbahan katun.
- f) Bila kulit mengalami inflamasi ringan, gunakan krim Steroid, seperti Hidrokortison. Bila inflamasi berat, dapat diberikan kortikosteroid oral.
- g) Obat antihistamin digunakan untuk tipe gatal yang sangat berat. Perlu diketahui bahwa ada saat-saat tertentu di mana antihistamin kurang atau bahkan tidak sama sekali efektif.

2) Fungating Tumours

a) Gambaran umum:

- Sangat jarang ditemukan pada anak.
- Tumor dapat menyebar secara lokal atau pecah dan mem-bentuk kavitas.
- Jaringan nekrosis yang dihasilkan dapat terinfeksi.
- Secara psikologis, anak menganggap adanya *fungating tumour* dapat menimbulkan kecatatan yang mengganggu penam-pilan dan bau yang tidak enak.

b) Penanganan:

- Tangani kemungkinan penyebab.
- Perbaiki nutrisi.
- Hentikan atau turunkan dosis Steroid.
- Atasi pembesaran tumor dengan cara operasi, radioterapi, atau kemoterapi.
- Kontrol nyeri.
- Selama perawatan luka, pertimbangkan penggunaan Opiat oral.

- Nyeri pada kulit dapat diatasi dengan Diamorfin topikal.
- Nyeri kronik bisa menggunakan Morfin yang dapat ditingkatkan dosisnya secara perlahan.
- Kurangi eksudat dengan menggunakan beberapa jenis balutan luka.

3) Bau

Penanganan:

- Kontrol bau sekeliling dengan mempertahankan sirkulasi udara, seperti penggunaan pengatur suhu ruangan atau aromaterapi.
- Gunakan Metronidazole secara topikal atau sistemik.
- Berikan arang pada balutan luka.
- Pilih balutan luka yang tepat, seperti Opsite.

4) Mengatasi masalah

pendarahan Penanganan :

- Berikan Adrenalin secara topikal (1:1000).
- Pilih balutan luka yang mengandung Kalsium Alginet.
- Radioterapi.
- Gunakan balutan luka Non Adherent dan jangan direndam dengan larutan NaCl.
- Rawat kulit sekitar luka yang berisiko terjadi pendarahan dengan memberikan perlindungan berbentuk salep.

5) Luka tekan

Gambaran umum:

- 1) Prinsip penanganan luka tekan sangat jelas, yaitu seperti pepatah yang mengatakan bahwa lebih baik mencegah daripada mengobati.
- 2) Melakukan observasi secara kontinyu, terutama pada anak dengan kondisi yang sudah terminal.
- 3) Sangat penting untuk memperhatikan perlengkapan, yang digunakan seperti balutan luka.

- 5) Ketika mengganti balutan, upayakan agar anak tidak merasakan nyeri.
- 6) Perawatan luka dilakukan dengan tenang dan tidak terburu-buru, seperti dikejar waktu.
- 7) Penggunaan balutan luka yang efisien menjadi bahan pertimbangan dalam pemilihan balutan khususnya yang berkaitan dengan ketika memilih balutan, pertimbangkan efisiensi harga.

Stadium:

Pengenalan stadium dapat membantu dalam pengelolaan luka tekan, yaitu:

Stadium 1 : kulit utuh tanpa eritema.

Stadium 2 : kulit sebagian rusak, yaitu lapisan epidermis dan dermis.

Stadium 3 : kerusakan lebih dalam hingga jaringan subkutan.

Stadium 4 : kedalaman kerusakan kulit lebih luas sampai pada struktur dalam kulit, seperti otot dan tendon.

Penanganan:

- 1) Lakukan pemantauan terhadap tanda-tanda risiko terjadinya luka tekan.
- 2) Lakukan perubahan posisi.
- 3) Cegah risiko terjadinya penekanan, dengan :
 - Memberikan matras udara.
 - Penggunaan selimut yang halus.
 - Mengurangi penekanan bantal.
- 4) Kaji status nutrisi pasien.
- 5) Berilah perawatan kulit dengan menjaga kebersihan diri dan hidrasi.
- 6) Anak dengan stadium 1 luka tekan dapat dilakukan perlindungan luka dengan menggunakan balutan film, seperti Opsite atau Tegaderm. Saat membersihkan luka, lakukan secara berhati-hati untuk menghindari timbulnya kerusakan kulit yang lebih parah dari sebelumnya.

- 7) Upaya untuk menyembuhkan ulkus yang mengalami epitalisasi, pilih balutan luka tipe Film, *Low Adherent*, atau Hydrocolloid.
- 8) Jenis luka dengan eksudat ringan, dapat dipilih balutan luka tipe Film Hydrocolloid, *Low Adherent*, Alginates ataupun *Hydrophilic Foam*.
- 9) Luka dengan eksudat yang banyak, dapat diberikan balutan luka tipe Hydrocolloid, *Low Adherent*, Alginate, Hydrophilic Foam, atau *stoma bag* anak-anak.
- 10) Luka yang sudah membentuk rongga cukup diberikan balutan luka tipe Alginet, Silastic Foam bila luka kondisi bersih, dan *Foam Dressing*.
- 11) Jika *debridement* diperlukan, lakukan tindakan operasi dan pemberian balutan luka jenis Hydrocolloid atau Hydrogel.
- 12) Bila kondisi luka sudah terinfeksi, berikan Metronidazol secara topikal. Ketika melakukan irigasi luka, gunakan cairan yang dicampur dengan Metronidazole, dan jangan lupa untuk memberikan antibiotik sistemik.

Perawatan luka di rumah

- 1) Prinsipnya, peralatan yang digunakan untuk perawatan luka harus bersih.
- 2) Cairan untuk mencuci luka bisa menggunakan rebusan air daun jambu biji (5 helai daun jambu biji dimasak dalam 1 liter air menjadi $\frac{1}{2}$ liter air, lalu disaring).
- 3) Penggunaan air rebusan diatas hanya untuk sekali penggunaan saja.
- 4) Luka bereksudat dapat diberikan bunga lidah buaya atau daun sensitivera yang sudah dihaluskan, kemudian tutup dengan pembalut luka, seperti kain bersih. Apabila kondisi luka banyak eksudat, tutup dengan sayatan buah pepaya muda, kemudian ditutup dengan kain bersih.
- 5) Luka yang berbau, taburkan arang atau kopi pada balutan luka yang menghadap luka.
- 6) Perawatan luka dilakukan sesuai dengan kondisi luka, kenyamanan anak, serta ketersediaan bahan-bahan di rumah.

- 7) Libatkan anggota keluarga untuk berpartisipasi aktif dalam perawatan luka.

JENIS	NAMA BARANG	CATATAN
Film	Opsite, Tegaderm	Memudahkan observasi, tidak menyerap eksudat
<i>Low Adherent</i>	Release, Mepore	Menyerap sedikit eksudat
<i>Hydrocolloids</i>	Comfeel, Duoderm	Dapat digunakan dalam 1 minggu
<i>Hydrogels</i>	Iodosorb, Intrasite gel	Menyerap lebih banyak eksudat
<i>Alginates</i>	Kaltostat, Orbsan	Hemostatik
<i>Foam</i>	Lyofom, Silastic	Digunakan untuk kavitas

F. Gangguan Hematologi

- 1) Anemia: transfusi bila diperlukan sesuai indikasi.
- 2) Pendarahan dan penanganannya:
 - a) Bila trombositopeni, maka boleh diberikan suspensi trombosit.
 - b) Dapat diberikan Asam Tranekgamaat 20 mg/kg tiap 8 jam oral.
 - c) Epinefrin Topikal 1:1000.
 - d) Cara lain yang perlu diketahui, ialah:
 - Keluarga dipersiapkan untuk menampung atau membersihkan darah menggunakan handuk/kain berwarna gelap. Hal ini dapat mengurangi stres anak dan yang merawatnya.
 - Bila perdarahan dari mulut atau hidung, posisikan anak setengah duduk. Bila anak cemas, berikan Midazolam bukal (diletakkan di mukosa pipi).

G. Gangguan Sistem Saraf

- 1) Cemas dapat atasi dengan melakukan relaksasi, mengalihkan perhatian, mendengarkan musik, atau meditasi.
- 2) Tata laksana kejang

TATA LAKSANA KEJANG

1	Tata laksana Kegawatdaruratan	• Diazepam 0,2 – 0,4 mg/kg IV atau per rektal atau • Klonazepam 0,5 mg (<10 tahun) atau 1 mg (>10 tahun) IV, subkutan atau per rektal atau • Midazolam 0,5 mg/kg IV atau subkutan
2	Tata laksana Pemeliharaan	• Fenitoin 2 mg/kg setiap 6 – 12 jam, atau • Fenobarbitalmg/kg setiap 12 jam, atau • Carbamazepin 2 mg/kg setiap 8 jam
3	Tata laksana lanjut/kontinyu bila pemberian oral tidak memungkinkan	• Diazepam 5 mg (1-5 tahun) atau 10 mg (>5tahun) per rektal jika diperlukan, atau • Midazolam 100 mg/kg/jam (10-30 mg/24 jam) subkutan atau IV

- 2) Spasme otot/mioklonus dapat terjadi karena nyeri. Berikan Diazepam dosis rendah dan lakukan perubahan posisi. Mioklonus karena efek toksik dari Opiat dapat diatasi dengan pemberian Midazolam bolus atau infus.
- 3) Peran rehabilitasi medik secara non-farmakologis pada kasus neuropati/defisit neurologis dan miopati atau spasme otot adalah dengan memberikan *electrical stimulation* (faradisasi atau galvanisasi), *strengthening* dan *endurance exercise*, relak-sasi, *muscle massage and stretching*, serta *proper body position-ing*.
- 4) Sementara untuk kasus imobilisasi lama yang menyangkut semua sistem tubuh yang terganggu diperlukan kolaborasi dari dokter, fisioterapis, terapis okupasi, dan ortotis (bila diperlukan dapat digunakan alat bantu ortosa).

H. Gangguan Psikiatri

Ansietas dan depresi merupakan ekspresi emosi yang banyak dijumpai pada anak dengan kanker fase terminal. Penting untuk melakukan penilaian apakah gejala yang timbul tersebut merupakan reaksi yang sesuai, karena anak ini berada pada situasi yang sulit atau

suatu ekspresi emosi yang berat dan membutuhkan intervensi. Tim psikiatri anak dibutuhkan untuk melakukan tata laksana terhadap gejala psikologis yang timbul.

Obat-obat golongan Serotonin-Reuptake Inhibitor, seperti Citalopram, sangat efektif untuk mengatasi gejala ini, walaupun dibutuhkan waktu yang lama untuk mendapatkan hasil yang maksimal. Jika memang ada indikasi, pengobatan diatas harus segera diberikan.

Psikostimulan, seperti Dekstroamfetamin dan Metilfenidat, dapat dipertimbangkan untuk tata laksana depresi pada anak menjelang kematiannya karena efeknya yang cepat. Tata laksana Non Farmakolo-gis, seperti konseling, *cognitive behavioral therapy*, drama, terapi seni atau bermain juga sangat penting untuk dilakukan.

Tata laksana ansietas akut adalah dengan pemberian *short acting Benzodiazepin*, seperti Midazolam bukal (diletakkan di mukosa pipi).

III. Tata Laksana Nutrisi

Penelitian berbasis bukti oleh ahli gizi untuk program paliatif kanker anak masih jarang, sementara tata laksana gizi melalui kerja sama tim multi-disiplin sangat dibutuhkan untuk membantu orangtua dan anak yang terkena kanker.

Nutrisi merupakan salah satu bagian dalam program paliatif kanker anak. Utamakan memberi makanan buatan sendiri yang teksturnya mudah dicerna dengan baik. Hal yang harus diperhatikan berkaitan dengan suatu bagi anak yang menjalani program paliatif kanker anak, yaitu:

- 1) Derajat defisiensi gizi yang terjadi.
- 2) Jenis dan kualitas makanan yang akan diberikan.
- 3) Rute dan cara pemberian makanan.
- 4) Pantau efek samping yang mungkin timbul.
- 5) Pertimbangkan aspek sosial dan psikologi dari orangtua dan anak.

Tata laksana gizi, biasanya diawali dengan porsi kecil sebanyak 6-8 kali sehari dan dimulai dari 100 – 120 Kcal/kg/ hari dengan protein sebanyak 1,5 – 2 gr/kg/hari. Asupan makanan

dapat ditingkatkan setiap minggunya secara perlahan-lahan setelah 4 – 6 minggu. Anak dapat diberikan asupan kalori dan protein sesuai dengan kebutuhannya menurut umur. Diet perorang-an, yang diformulasikan untuk memenuhi kebutuhan biomedis anak memiliki pengaruh yang besar terhadap kualitas hidup anak dan keluarganya. Ketika anak mulai mampu makan makanan rumah, maka ibu akan banyak berperan dan anak diharapkan dapat makan bersama anggota keluarga lainnya.

Anak-anak pada umumnya harus dibujuk agar mau makan. Orangtua harus diberikan informasi mengenai bagaimana menyiapkan makanan yang dapat dikonsumsi, terjangkau, dan sesuai selera makan anak. Sebaiknya makanan diberikan dalam bentuk padat dengan porsi kecil dan frekuensi yang sering, misalnya sereal, susu, bubur sumsum, telur orak-arik, bubur ayam, nasi kuning atau nasi uduk, telur, dan lain-lain. Setelah anak mampu untuk makan dan dapat mencapai tinggi dan berat badan yang sesuai dengan usianya, maka diharapkan anak dapat terhindar dari masalah gizi .

Anak sebenarnya dapat diberikan makanan apapun yang diinginkan sesuai kebutuhannya dengan menciptakan suasana makan yang menyenangkan dengan cara makan bersama-sama dan saling berbagi. Mengunyah permen karet, mengisap es batu atau lolipop dapat membantu merangsang aliran air liur. Bukan jumlah makanan yang terpenting, melainkan lebih kepada metode dan jenis makanan apa yang dapat dikonsumsi, sesuai dengan jenis kankernya.

Beberapa hal dibawah ini dapat membantu orangtua dalam membuat makanan yang berkalori tinggi:

- 1) Minuman atau makanan yang mengandung susu umumnya mudah untuk dikonsumsi.
- 2) Menambahkan es krim, yogurt, susu bubuk (1 sendok makan per gelas) atau krim.
- 3) Buah-buahan dapat dicampur dengan susu atau es krim ketika membuat jus

- 4) Menambahkan mentega pada sayuran. Garam dan saos dapat digunakan untuk meningkatkan rasa
- 5) Menambahkan krim dalam sup.
- 6) Suplemen dapat berguna sebagai sumber energi dan gizi.

Ada kalanya anak tidak dapat makan atau minum dalam jumlah yang cukup. Anak-anak seperti ini dapat dibantu dengan selang nasogastrik. Selain untuk makanan, selang ini dapat juga digunakan untuk pemberian obat-obatan. Hal ini tentunya dapat membantu anak dalam memperbaiki kualitas hidupnya.

Jika anak membutuhkan selang untuk makan yang akan diper-gunakan dalam jangka waktu yang panjang, maka sebaiknya memakai selang nasogastrik yang terbuat dari silikon. Ahli gizi mempunyai peran untuk merencanakan formula apa yang tepat untuk anak-anak yang menggunakan selang tersebut.

IV. Tata Laksana Akhir Kehidupan

A. Persiapan Menjelang Akhir Kehidupan

Pastikan kebutuhan anak yang menjalankan perawatan paliatif, khususnya yang menjelang akhir kehidupan, terpenuhi seperti: Meringankan rasa sakit dan keluhan fisik lainnya yang dirasakan anak.

- a. Menjaga agar anak merasa nyaman dan tenang.
- b. Menjaga kehidupan anak dan keluarga senormal mungkin.
- c. Membantu keluarga mendapatkan dukungan yang mereka butuhkan.
- d. Membicarakan harapan/keinginan anak.
- e. Memberikan informasi yang tepat dan jujur tentang kondisi anak.
- f. Membantu proses berduka atas kematian anak.

B. Perawatan Terminal pada Anak

Tujuan:

1. Memastikan bahwa tidak ada rasa nyeri dan stres.

2. Memberi perhatian secara penuh dengan kasih sayang.
3. Menjaga agar anak tidak mengalami nyeri yang berkepanjangan.
4. Mempersiapkan dan mendukung keluarga dalam menghadapi kematian anaknya.
5. Jangan berikan obat melalui oral tetapi jalur lain yang dianjurkan, yaitu rektal, transdermal, atau subkutan. Infus subkutan dengan semprit dapat diberikan, dengan volume kecil, tidak melebihi 30 menit - 50 jam.

C. Perawatan pada Saat Pasien Meninggal

Tempat yang tepat bagi anak untuk meninggal adalah di rumah dan jangan biarkan anak meninggal tanpa ditemani oleh orang-orang yang dicintainya.

Tanda-tanda akhir kehidupan, yaitu:

1. Kesadaran menurun.
2. Banyak tidur.
3. Disorientasi.
4. Menolak makan, walaupun dalam bentuk cair.
5. Buang air kecil terganggu.
6. Kulit dingin, pucat, *cutis marmorata*.
7. Pola nafas tidak teratur (cepat pendek dengan adanya periode cepat atau lambat).

Apa yang harus diperhatikan pada seorang anak yang akan meninggal?

1. Anak tersebut mungkin menjadi sangat berbeda.
2. Sebagian anak kadang ada yang ingin melawan penyakitnya sampai akhir kehidupan.
3. Keinginan anak untuk mengurangi rasa sakit.
4. Bertemu dengan orang yang disayangi.
5. Memperoleh kedamaian dengan mendekatkan diri pada Sang Pencipta.

D. Perawatan Setelah Pasien Meninggal

1. Antisipasi rasa duka

Bantu keluarga dalam menghadapi proses kesedihan, yaitu dalam:

- a. Menerima kenyataan kehilangan.
- b. Menghayati rasa sakit akan kehilangan.
- c. Menyesuaikan diri dengan lingkungan tanpa kehadiran anggota keluarga yang sudah meninggal.
- d. Meredam emosi dan melanjutkan hidup.

2. Tahap berduka (Menurut Ross E.K, 1969)

- a. a. Menolak (*Denial*).
- b. b. Marah (*Anger*).
- c. c. Tawar menawar (*Bargaining*).
- d. d. Depresi (*Depression*).
- e. e. Menerima (*Acceptance*).

3. Bentuk dukacita

a. Anak-anak

Anak dengan kondisi menjelang kematian akan mengalami berbagai masalah, diantaranya berupa kehilangan masa kanak-kanak, kehilangan kemampuan fisik dalam melakukan hal-hal seperti anak yang normal, hilangnya kemampuan dalam mengembangkan hubungan dengan teman-teman sekolah dan teman bermain, kesedihan melihat perjuangan orangtua yang bekerja keras merawatnya pasien, kerugian yang dialami anak karena melihat kesehatannya semakin memburuk (anak melihat kehilangan fungsi tubuhnya dan ancaman kematian).

b. Saudara kandung

Saudara kandung dari anak yang terkena kanker sering mengalami masalah perilaku, karena:

- 1) Orangtua lebih mencurahkan perhatiannya kepada anak yang sakit, sehingga saudara kandung berpikiran negatif terhadap anak yang sakit.
- 2) Kebiasaan orangtua merahasiakan kematian sehing

ga mereka memiliki pengalaman terbatas terhadap kematian.

- 3) Anak-anak memiliki imajinasi yang nyata. Jika tidak dijelaskan tentang penyakit saudaranya, maka mereka akan membuat ide-ide sendiri dengan informasi yang terbatas dan seringkali apa yang dibayangkan lebih buruk dari kenyataan.

c. Orangtua

Orangtua memiliki kecemasan, penolakan, ketidakpercayaan, rasa marah dan rasa bersalah terhadap penyakit anak. Orangtua akan menarik diri dari lingkungan sosialnya dan mulai berhubungan banyak dengan petugas kesehatan. Fase marah seringkali diarahkan kepada petugas kesehatan ataupun pasangannya, sehingga ritual agama dinilai memiliki efek dan manfaat yang besar untuk mengatasi reaksi kesedihan orangtua.

d. Lingkungan

1) Masyarakat

Kematian memiliki efek yang mendalam pada masyarakat yang berada di sekitar anak.

2) Keluarga Besar (kakek/nenek)

Kesedihan tidak hanya terkait pada kehilangan cucu saja, tetapi juga kesedihan melihat anak-anak mereka yang sedang berdukacita.

3) Sekolah

Kematian anak menjadi sumber kesedihan bagi teman-temannya, karena mungkin ini pengalaman pertama mereka menghadapi teman yang meninggal. Guru juga mendapatkan pengalaman tentang sulitnya menangani situasi dukacita.

4) Tata laksana dukacita

Dukungan dari tim paliatif terhadap dukacita sangat membantu orangtua dalam menghadapi proses kesedihan. Tim dapat membantu dengan cara:

- a. Mendengarkan isi hati keluarga.
- b. Membantu orangtua untuk tetap menjaga hubungan dengan anak lainnya dalam menghadapi proses kesedihan sebagai bagian dari perjalanan hidup.
- c. Memberi saran untuk kembali bekerja dan melanjutkan hidup.
- d. Mendukung saudara kandung pasien dengan berkomunikasi dan mengisi waktu luang mereka dengan berbagai macam kegiatan lain.
- e. Merangkul dan berada dekat dengan keluarga besar dan orang-orang yang ada di sekolah.



BAB III PENUTUP

Salah satu komponen dalam pelaksanaan Program Pengendalian Kanker secara Paripurna pada anak adalah paliatif. Petunjuk teknis ini diharapkan dapat dipergunakan sebagai salah satu sarana dalam pelaksanaan program tersebut.

Mengingat bahwa anak itu berbeda dari orang dewasa, maka petunjuk teknis ini mencoba mengedepankan betapa pentingnya komunikasi kepada anak dan orangtuanya dalam menghadapi penyakit kanker. Petunjuk teknis ini dapat digunakan sejak penyakit anak terdiagnosis, selama menjalani pengobatan hingga sampai pada kondisi menjelang akhir kehidupan. Melalui penanganan yang paripurna, diharapkan anak dapat memiliki kualitas hidup yang baik dan pada saatnya anak harus menghadapi Sang Khalik, ia dapat mengalami proses kematian yang bermartabat.

DIT.P2PTM



DAFTAR PUSTAKA

1. Lenton S, Goldman A, Eaton N and Southall D: Foundation care: development and epidemiology, in Oxford Textbook of Palliative care of Children. A. Goldman, pp 3-13. New York. Oxford University Press, 2006.
2. Irvin H: Palliative care in Cancer in Children, Clinical Management. PA Voute, pp 110-112, 5th ed. SIOP. New York. Oxford University Press, 2005.
3. Hain R.D.W, Jassal S.S: Pediatric Palliative Medicine in Oxford Specialist Handbooks in Paediatrics, pp 1-270, 1st ed. New York. Oxford University Press, 2010.
4. Janjan N, Krishnan S et al: Palliative Radiation Therapy Technique in Cancer Pain Management, pp 271- 290. New York. The McGraw Hill Companies, 2007.
5. Kok M, Craig F and Wolfe J : Palliative care for Children with advanced Cancer in Cancer in Children, Clinical Management. MCG Stevens, pp 118-128, 6th ed. SIOP. New York. Oxford University Press, 2012.
6. Gaze M and Boterberg T : Radiotherapy in Paediatric Oncology in Cancer in Children, Clinical Management. MCG Stevens, pp 66-75, 6th ed. SIOP. New York. Oxford University Press, 2012.



PENYUSUN

Pengarah

Direktur Jenderal Pengendalian Penyakit dan
Penyehatan Lingkungan

Penasehat

Direktur Pengendalian Penyakit Tidak Menular

Tim Penyusun

Dr. Ekowati Rahajeng, SKM, M.Kes dr.
Agus Ali Fauzi, PGD.Pall.Med(ECU) dr.
Anky Tri Rini Kusumaning Edhy, Sp.A(K)
dr. Basalama Fatum, MKM
dr. Dradjat Suardi, SpBOnk(K)
dr. Edi Setiawan Tehuteru, SpA(K), MHA,
IBCLC dr. Endang Windiastuti, Sp. A(K)
dr. Esti Widiastuti, M,ScPH
dr. Frides Susanty
Fx. Budiyo, SKM, M.Kes
dra. L.I. Irmawati, Apt.SFRS.MARS.PDG.HSc,N/Med(ECU)
dr. Madonna Damayanthie Datu, Sp.An
dr. Maria Astheria Witjaksono, MpallC, PC
Physician dr. Meilina Farikha
Prof. Dr. dr.Netty Ratna Hutari Tedjawanata, Sp.A, PGD.Pall.Med
(ECU) dr. Niken Wastu Palupi, MKM
dr. Novi Indriastuti
Prof. Dr. dr. R. Sunaryadi Tejawinata, Sp. THT, FAAO, PGD.Pall.
Med (ECU) dr. Rudi Putranto, SpPD,K.Ger
dr. Sedya Dwisangka
Drg. Siti Rohmi
dr. Sorta Rosniuli, M.Sc
dr. Susi Ernawati, PGD.Pall.Med(ECU)
dr. Urip Moertedjo, SpBKL.,PGD.Pall.Med(ECU)

Editor

Mugi Wahidin, SKM, M.Epid
Esthi Nusantri, SKM
Dian Kiranawati, S.Kep, NERS
Adiansyah Soegandi, B.Sc
Siti Aisyah, S.Si
Sri Widiawati

Kontributor :

Masyarakat Paliatif Indonesia Pusat
Masyarakat Paliatif Indonesia Cabang Jakarta
Masyarakat Paliatif Indonesia Cabang Bandung
Masyarakat Paliatif Indonesia Cabang Surabaya
Masyarakat Paliatif Indonesia Cabang
Yogyakarta Masyarakat Paliatif Indonesia
Cabang Bali Masyarakat Paliatif Indonesia
Cabang Makassar Ikatan Dokter Anak Indonesia
Perhimpunan Onkologi Indonesia
Himpunan Onkologi Ginekologi Indonesia
Perhimpunan Ahli Bedah Onkologi Indonesia
Persatuan Dokter Spesialis Saraf Indonesia
Persatuan Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik Indonesia
Perhimpunan Dokter Paru Indonesia
Perhimpunan Ahli Penyakit Dalam Indonesia
Persatuan Dokter Spesialis Radiologi Indonesia Perhimpunan
Dokter Spesialis Anesthesiologi dan Therapi Intensif Indonesia
Perhimpunan Ahli Hematologi Onkologi Medik Penyakit Dalam Indonesia

Dinas Kesehatan Kota Bogor
Dinas Kesehatan Kota Bandung